

Dati del richiedente (Dati della persona di cui si chiede il certificato.)

Nome _____		Secondo nome _____	
Cognome _____		Nome da nubile (Cognome precedente al primo matrimonio, se applicabile) _____	
Sesso assegnato alla nascita ☐ Maschio ☐ Femmina		Nato a NYC? ☐ Sì ☐ No	
Data di nascita (MM/GG/AAAA) _____		Numero Medicaid (se applicabile) _____	
Numero di telefono _____		Indirizzo e-mail _____	
Indirizzo _____		Numero dell'appartamento _____	
Città _____	Stato _____	Codice postale _____	
Nome dell'ospedale in cui è nato il richiedente _____			
Nome dell'attuale operatore sanitario _____			
Numero di telefono dell'attuale operatore sanitario _____			

Dati della madre del richiedente

Nome della madre _____	Cognome della madre _____
Nome della madre da nubile _____	Data di nascita della madre (MM/GG/AAAA) _____

Dati del genitore o del tutore (Se la persona che chiede il certificato è diversa dal richiedente.)

Rapporto di parentela con il richiedente ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutore ☐ Altro (specificare): _____

Nome _____	Cognome _____	Indirizzo e-mail _____
------------	---------------	------------------------

Dichiaro di essere il richiedente o il genitore, il tutore o altro soggetto in rapporto di custodia con il richiedente e, in quanto tale, di essere autorizzato a prendere visione delle informazioni richieste. Sono a conoscenza del fatto che rendere informazioni false, non veritiere o fuorvianti al Dipartimento di salute e igiene mentale della Città di New York (New York City Department of Health and Mental Hygiene) costituisce una violazione del paragrafo 3.19 del Codice sanitario di NYC. Sono altresì consapevole del fatto che ogni singolo episodio di tale violazione è punibile con sanzioni civili fino a 2.000 \$ ai sensi del paragrafo 3.11 del Codice sanitario.

Firma del richiedente o del genitore o del tutore che richiede il certificato _____	Data _____	Lingua principale del richiedente o del genitore o del tutore che richiede il certificato _____
---	------------	---

Istruzioni per richiedere il certificato tramite posta:

1. Compilare il modulo.
2. Allegare copia di un documento d'identità valido con fotografia (ad esempio, carta IDNYC, patente di guida o passaporto).
3. Spedire la domanda compilata e la copia del documento d'identità a:
NYC Health Department
Citywide Immunization Registry
42-09 28th St.
Fifth Floor, CN-21
Long Island City, NY 11101-4132

Si riceverà una risposta entro 10 giorni lavorativi. Non inviare questo modulo tramite e-mail.

Per ulteriori informazioni o per richiedere una copia cartacea di questo modulo chiamare il **311**, andare sul sito **nyc.gov/health** e cercare **vaccine records** (certificati vaccinali), oppure inviare un'e-mail a **cir@health.nyc.gov**.

We help you
call the shots!



For Official Use Only

Form received on: _____

Status of request:

- ☐ Record sent on: _____
- ☐ Record not found
- ☐ Record found — no vaccines
- ☐ Form incomplete

Staff initials: _____